

The Personal Wellness Center

6508 Deer Pointe Dr., Suite 4C, Salisbury, Maryland 21804
Teléfono: 410-742-6016 Fax: 410-742-6014

INFORMACION del Niño/Adolescente

****Al llegar por favor entregue la tarjeta del seguro médico e identificación (para fotocopiar), remisiones médicas y/u otros formularios correspondientes. Gracias****

Fecha de hoy: _____

Nombre de niño: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Domicilio del niño: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre de uno de los Padres/Tutor Legal: _____

Tutor Legal completando esta forma:

Madre ___ Padre ___ Madrastra ___ Padrastro ___ Padre Adoptivo ___ Cuidador (Orfanato/Abuelo/a)___

Correo electrónico: _____

****Por favor déjenos saber si prefiere no ser incluido en nuestro periódico informativo mensual. ****

Número telefónico de uno de los padres: _____
Casa Móvil Oficina

****Por favor indique si prefiere no ser contactado a los números indicados arriba.****

Estado de relación de padre: Sep___ C___ D___ V___ Soltero/a___ Unión libre ___

Persona de contacto en caso de emergencia: _____

Número telefónico: _____ Relación: _____

Nombre, dirección y teléfono de la persona responsable de pagos: _____

Referido Al Centro Personal de Bienestar por: _____

Nombre del médico de cabecera: _____

¿El niño ha tenido terapias anteriormente? S N

Diagnóstico previo: _____

Historia de enfermedades mentales en la familia S N

Diagnósticos conocidos: _____

Salud del niño:

Preocupación actual de salud: _____

Preocupación de desarrollo: _____

Medicamentos recetados actuales: _____

Historial de lesiones en la cabeza: _____

Alergias: _____

Educación

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____

¿Su hijo/a ha sido diagnosticado/a con TDAH o problemas de aprendizaje? S N

¿Su hijo/a ha recibido servicios de educación especial? S N

¿Ha habido cambios en las calificaciones de su hijo/a? S N

¿Su hijo/a ha sido retenido en la escuela alguna vez? S N

¿Su hijo ha sido evaluado alguna vez? S N

¿Su hijo/a ha sido suspendido o expulsado alguna vez? S N

¿Hay alguna otra preocupación/es relacionadas a la educación de su hijo/a? _____

Historial de alcohol y drogas

¿Su hijo/a consumió alcohol o drogas actualmente? S N

¿Su hijo/a ha consumido alcohol o drogas recreacionales en el pasado? S N

¿Su hijo/a ha recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas? S N

¿Algún familiar ha tenido problemas con el abuso de alcohol o drogas? S N

Preocupaciones de seguridad

¿Ha tenido su hijo alguna vez pensamientos de hacerse daño o suicidarse? S N Cuando: _____

¿Su hijo/a alguna vez ha intentado de cometer el suicidio? S N Como: _____

¿Alguna vez su hijo/a ha intentado hacerle daño a otra persona? S N Cuando: _____

¿Alguna vez su hijo/a ha intentado hacerle daño a otra persona? S N Como: _____

Preocupaciones legales:

¿Alguna vez su hijo/a ha sido arrestado/a? S N Cuando: _____

¿Problemas legales actualmente o en el pasado? S N Explicar: _____

¿Su hijo/a esta bajo libertad condicional tu hijo/a? S N

¿El niño/adolescente es un paciente de transición? S N

Idioma Primario: __Inglés __Español __ Otro, Especifique _____

Situación de vivienda: __Casa privada __Casa adoptiva __Residencia Asistida __Institución
__Sin Hogar __Otro Especifique: _____

Estado de incapacidad: __Problemas al oído __ Problemas a la Vista __ Dificultad para caminar
__ Dificultad para vestirse o bañarse __Dificultad para ser mandados solo/a __Otro Especifique

Origen Hispano/Latino S N Raza: __Blanco __Americano Africano __Indio Americano o Nativo
de Alaska __Asia __Nativo Hawaiano u Otras islas del pacifico

Información de Seguro de Salud Primario

Compañía de Seguro: _____ Numero de póliza # _____

Nombre del asegurado: _____

Persona primaria en la póliza

Dirección del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Empleador del asegurado _____

Información de Seguro de Salud Secundario – Si aplica

Compañía de seguro: _____ Numero de póliza # _____

Nombre del asegurado: _____

Persona primaria en la póliza

Dirección del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____ Empleador del asegurado _____

¿Qué objetivos específicos le gustaría que trabajara su hijo/a en la terapia?

1. _____

2. _____

3. _____